

# 家族出産費請求書

所属所  
受付年月日

					決定額	※		円
組合員証	記号	〇〇〇〇	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	所属機関	名称	〇〇市	
	番号	〇〇〇〇	組合員氏名	〇〇 〇〇		所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
資格取得年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	資格喪失年月日	平成	年	月	日	
フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇		続柄	家族出産費の場合出産者の扶養認定年月日				
出産者氏名	〇〇 〇〇		本人	昭和 平成				
出産年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇		組合員との続柄		
	〇〇 〇〇		出産児氏名	〇〇 〇〇		子		
出産に関する医師又は助産師の証明	出産・死産等の別	① 出産 2 死産 (妊娠 〇ヶ月) 3 流産 (妊娠 〇ヶ月) 4 母体保護法に基づく人工妊娠中絶		左記のとおり証明します。				
	出産児数	① 単胎・多胎		証明者 住所	〇〇市〇〇町〇〇			
	出産年月日	平成 〇年 〇月 〇日		病院名	〇〇〇〇病院			
			氏名	〇〇 〇〇		①		
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇 氏名 〇〇 〇〇 ① 請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。								
※決裁	平成 年 月 日			局長	次長	課長	合議	主査

(注) ※印は記入しないでください。

＜出産費及び家族出産費＞(直接支払制度を利用しない場合)

○組合員又は被扶養者が出産した場合、一律 390,000円(産科医療保障制度に加入する医療機関等での出産の場合は30,000円加算)を支給します。

○1年以上組合員であった者が、組合員資格喪失後(任意継続組合員であった者は、その資格を喪失後)6月以内に出産した場合にも支給します。ただし、資格喪失後から出産するまでの間に、他の組合の組合員の資格を取得した場合は、当共済組合からは出産費は支給できません。

○前の被保険者資格(国民健康保険は除く)を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合は、前の保険者(国民健康保険は除く)から出産費を受けていない旨の証明書(出産育児一時金未支給証明書:別途様式あり)が必要となります。

○当該請求書は、直接支払制度を利用しない場合にご使用ください。なお、直接支払制度を利用する場合は、「出産費・家族出産費差額請求書」をご使用ください。

○添付書類

「直接支払制度を利用しない旨が記載された合意文書の写」

「領収書(産科医療保障制度対象の場合、証明印が押された領収書)の写」

「出産費を受けていない旨の証明書」・・・前の被保険者資格を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合

～直接支払制度について～

組合員又は被扶養者である配偶者・家族の分娩費用を、組合員に代わり共済組合が直接医療機関等に支払います。(申請方法等、詳細については事前に医療機関等で説明があります。)  
分娩費用が39万円未満(産科医療保障制度対象分娩の場合は42万円)の場合、組合員の請求に